**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΟΛΟΓΙΑ»**

*Διευθύντρια*

**Αν. Καθηγήτρια Μελανία Καχριμανίδου**

**ENTYΠO ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΝΣΤΑΣΕΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ»**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Υ.Π/Α.Σ ΤΟΥ ΠΜΣ………

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………………………………….....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………………………………………………………….....

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:…………………………………………………………………………………………………………………….....

Τηλέφωνο/Κινητό:……………………………………………………………………………………………………………......

email………………….…………………………………………………………………………………………………………….......

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

|  |
| --- |
|  |

Δηλώνω ότι συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Υπεύθυνο του ΠΜΣ « ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ» με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Θεσσαλονίκη …………………………

Ο/Η ΑΙΤ……..………………….

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ